FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

N° 10.

# THÈSE

POUR

# LE DOCTORAT EN MÉDECINE,

*Présentée et soutenue le* 23 *janvier* 1846,

Par ÉDOUARD DUFRESNE,

né à Chesne-Thonex, canton de Genève (Suisse),

Interne des hôpitaux de Paris.

## DE LA FIÈVRE PUERPÉRALE.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.



PARIS.

RIGNOUX, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE,
rue Monsieur-le-Prince, 29 *bis*.

1846

# FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

*Professeurs.*

| | |
|---|---|
| M. ORFILA, doyen. | MM. |
| Anatomie | ............ |
| hysiologie | BÉRARD aîné. |
| Chimie médicale | ORFILA. |
| Physique médicale | GAVARRET. |
| Histoire naturelle médicale | RICHARD. |
| Pharmacie et chimie organique | DUMAS. |
| Hygiène | ROYER-COLLARD. |
| Pathologie chirurgicale | MARJOLIN.<br>GERDY aîné. |
| Pathologie médicale | DUMÉRIL.<br>PIORRY. |
| Anatomie pathologique | CRUVEILHIER. |
| Pathologie et thérapeutique générales | ANDRAL, Président. |
| Opérations et appareils | BLANDIN. |
| Thérapeutique et matière médicale | TROUSSEAU. |
| Médecine légale | ADELON. |
| Accouchements, maladies des femmes en couches et des enfants nouveau-nés | MOREAU. |
| Clinique médicale | FOUQUIER.<br>CHOMEL.<br>BOUILLAUD.<br>ROSTAN, Examinateur. |
| Clinique chirurgicale | ROUX.<br>J. CLOQUET.<br>VELPEAU.<br>Auguste BÉRARD. |
| Clinique d'accouchements | P. DUBOIS. |

*Agrégés en exercice.*

MM. BARTH.
BEAU.
BÉCLARD.
BEHIER.
BURGUIÈRES.
CAZEAUX.
DENONVILLIERS.
DUMÉRIL fils.
FAVRE.
L. FLEURY.
J. V. GERDY.
GIRALDÈS.

MM. GOSSELIN.
GRISOLLE, Examinateur.
MAISSIAT, Examinateur.
MARCHAL.
MARTINS.
MIALHE.
MONNERET.
NÉLATON.
NONAT.
SESTIER.
A. TARDIEU.
VOILLEMIER.

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE,

# PIERRE DUFRESNE,

Docteur en Médecine.

# A MA MÈRE.

# A MON FRÈRE.

E. DUFRESNE.

A MON MAITRE,

# M. J.-P. TESSIER.

É. DUFRESNE.

Je prie MM. Fouquier, Velpeau, Rostan, Gueneau de Mussy, Guersant père, et Boyer, de vouloir bien recevoir l'expression de ma reconnaissance pour la bienveillance dont ils m'ont honoré pendant mon passage dans les hôpitaux.

E. DUFRESNE.

DE

# LA FIÈVRE PUERPÉRALE.

> Porro autem inscribenda morborum historia, vix dici potest quot erroribus ansam præbuerint *hypoteses istæ physiologicæ* dum. Scriptores quorum animos falso colore illæ imbuerint, istius modi phænomena morbis affigant qualia nisi in ipsorum cerebro locum nunquam habuerunt.
>
> (SYDENHAM.)

De tout temps, en médecine, il a été reconnu que les femmes, à la suite de leurs couches, peuvent contracter un état morbide particulier. Cet état, tantôt admis comme espèce distincte, tantôt rejeté, a subi le contact de toutes les doctrines et a été l'objet d'un nombre infini de théories et d'explications; malgré la multiplicité des travaux publiés sur cette matière, la science n'a point encore adopté de solution définitive. Il ne s'agit pas pour nous de donner une nouvelle explication de la fièvre puerpérale; nous nous proposons la tache plus modeste de vérifier une opinion émise il y a déjà quelques années, qui tendrait à faire abandonner à la question le terrain sur lequel depuis si longtemps elle demeure stérile. Notre but dans le cours de ce travail sera de démontrer : 1° que la fièvre puerpérale est un état morbide distinct de toutes les affections qui peuvent survenir après l'accouchement; 2° que cet état morbide ne constitue pas à lui seul une espèce pathologique, mais qu'il n'est que la manifestation chez les femmes en couches d'une maladie décrite sous le nom de *diathèse purulente*, laquelle peut se produire à la suite des plaies, des opérations, et sous l'influence d'autres circonstances encore, aussi bien qu'après l'accouchement. Nous nous servirons du terme de fièvre puerpérale parce qu'il a été consacré par l'usage, depuis un peu plus d'un siècle, sans vouloir, bien entendu, en l'acceptant, formuler une opinion sur la nature de la maladie.

Nous admettons que la fièvre puerpérale peut se présenter sous trois formes distinctes : 1° une forme commune, 2° une forme bénigne, 3° une forme caractérisée par une phlegmasie locale ou une collection purulente isolée.

FORME COMMUNE.

La maladie débute, en général, du deuxième au quatrième jour après l'accouchement. Ce début est marqué par un frisson intense, prolongé, qui survient brusquement, à la suite duquel le mouvement fébrile s'établit. Ce frisson caractéristique est accompagné de douleurs de tête, d'angoisses, de nausées, de vomissements bilieux et de prostration des forces. Quelquefois le début est plus insidieux. La fièvre commence sans frisson, vers la fin du deuxième jour, après l'accouchement, et simule la fièvre de lait ; mais la peau demeure sèche au lieu de devenir halitueuse, et il se produit un développement de chaleur intense. La fluxion vers les mamelles n'a pas lieu ou est incomplète. Si la sécrétion laiteuse était déjà établie, les mamelles s'affaissent et elle se suspend. Des douleurs très-vives se font sentir tantôt à l'épigastre, tantôt et plus souvent dans les flancs et à la région hypogastrique. On les voit se prolonger en arrière vers le dos et jusqu'aux épaules. Ces douleurs ne sont pas continues, elles reviennent par intervalles sous forme de tranchées.

Le ventre est tendu, douloureux au toucher. Les lochies sont ordinairement supprimées. En même temps la respiration s'accélère considérablement ; elle devient courte et saccadée. L'intelligence est lucide. Quand le frisson a cessé, les malades ont la face rouge, animée, couverte de sueur, les yeux brillants, les conjonctives injectées, très-souvent il y a de la constipation, un enduit blanchâtre recouvre la langue.

Le mouvement fébrile qui s'établit affecte le type continu rémittent. Le pouls est large, plein, cependant mou et dépressible. Il bat de 90 à 110 ou 120 pulsations par minute. Des frissons reparaissent par intervalles pendant la première et la seconde journée ; ils sont plus rapides et moins intenses que celui du début. Ces frissons intercurrents peuvent manquer, mais il y en a presque toujours un

avant le paroxysme fébrile du soir. Pendant ce paroxysme, le pouls peut monter à 130 ou 140 pulsations par minute. L'agitation est plus grande, la chaleur plus forte. Ces paroxysmes sont quelquefois si tranchés que beaucoup d'auteurs les ont pris pour de véritables accès intermittents.

Dans une seconde période, apparaissent des lésions et des affections locales symptomatiques qui caractérisent la maladie d'une manière spéciale.

Ces affections sont des phlegmasies purulentes; il n'est pas un seul des organes ou des tissus des corps où elles ne puissent se rencontrer. Elles sont multiples, mais ordinairement l'une d'elles prédomine, soit à cause de son intensité, soit parce qu'elle occupe un organe plus important. Le concours des symptômes propres à cette affection dominante imprime au tableau un cachet particulier.

La plus fréquente de ces phlegmasies symptomatiques est la péritonite avec ses douleurs aiguës, la tension du ventre, le face grippée, les vomissements porracés, la respiration fréquente, saccadée. Cette inflammation du péritoine peut exister seule, mais elle est plus souvent précédée ou accompagnée d'une phlegmasie de l'utérus et de ses annexes; les ovaires, les trompes, les ligaments larges; par le toucher rectal ou vaginal, le doigt perçoit de la chaleur au col utérin, de l'empâtement dans le bassin. Cette exploration est toujours douloureuse pour la malade.

D'autres fois, c'est une phlébite des veines utérines, qui peut se prolonger au loin et comprendre les veines hypogastriques iliaques et crurales. Quelques signes propres indiquent que la phlébite a atteint les veines iliaques ou fémorales. Il survient de l'œdème d'abord à la partie supérieure de la cuisse du côté malade, puis dans toute l'étendue du membre; un cordon dur se fait sentir sur le trajet de la veine crurale, des plaques rouges, premier indice de collections purulentes qui se forment, apparaissent soit sur la veine enflammée soit sur tout autre point du membre.

Il arrive des phlébites complétement isolées de celles-ci. Celle des

sinus de la dure-mère produit un coma profond et de l'œdème sur les parties latérales du col. Celles que l'on voit le plus souvent sont les phlébites des veines du bras, de l'avant-bras, des veines temporales et des saphènes à la jambe. Des traînées rougeâtres apparaissant sur un membre tuméfié indiquent une lymphangite, qui se termine aussi par suppuration.

Une pleurésie peut coïncider avec la péritonite. Elle est souvent latente, et l'auptosie seule en révèle l'existence. Quand elle est isolée, ses symptômes sont très-accusés. La péricardite est fort rare.

Dès le début de la péritonite, ou sans elle, des gonflements se forment autour d'une ou de plusieurs articulations. Ces fluxions sont précédées de douleurs; les téguments se colorent légèrement, puis il y a de l'empâtement; enfin de la fluctuation dans la synoviale. Toutes les articulations peuvent présenter cette affection. Il y en a rarement plus de deux ou trois d'atteintes sur le même sujet. Les articulations sont bien prises brusquement, mais l'affection n'est pas sujette au déplacement comme dans la fluxion rhumatismale; il y a aussi moins d'enflure, moins de rougeur, moins de douleur que dans le rhumatisme. Des douleurs persistantes au bas des reins ou au devant du pubis doivent faire présumer que les symphyses pubiennes et sacro-iliaques sont compromises.

Des gonflements paraissent tout aussi fréquemment à la parotide, dans la continuité des membres, autour des articulations déjà malades; il y a de l'œdème, la peau est légèrement rosée. Ces gonflements passent rapidement à la suppuration et deviennent de vastes abcès qui envahissent les tissus voisins et produisent des désordres considérables. L'érysipèle qui survient pendant la fièvre puerpérale a ceci de particulier qu'il passe vite à la gangrène.

Pendant que ces suppurations multiples s'établissent, le mouvement fébrile conserve le type continu remittent. Les paroxysmes sont très-variables quant à leur intensité et quant à leur durée. Quelquefois il y en a deux et même trois en vingt-quatre heures, toujours précédés de frissons irréguliers. Cette multiplicité annonce, en général

l'apparition d'une nouvelle phlegmasie. Je l'ai vue se produire à la suite de l'ouverture d'un vaste foyer purulent.

Le délire apparaît pendant cette période ; il est rarement continu. et ne devient bruyant que s'il coïncide avec des douleurs très-vive. Ce sont plutôt des rêvasseries et des phrases entrecoupées, sans liaison. Souvent les malades n'éprouvent que de la stupeur et une certaine peine à rendre compte de leurs sensations. Le sentiment de faiblesse est extrême, la respiration est pénible, anxieuse.

Un phénomène caractéristique de cette période est l'apparition d'une teinte ictérique. Elle se manifeste d'abord sur le tronc, ensuite aux yeux et à la face. Cette coloration jaune n'est pas brillante comme celle de l'ictère essentiel ; elle est terne, mate, légèrement olivâtre. Deux autres phénomènes moins constants paraissent encore à la peau : ce sont les sudaminas et l'éruption miliaire.

Les sudaminas sont assez fréquents et n'offrent aucun caractère particulier.

L'éruption miliaire est rare, quoique la science possède des histoires d'épidémies où elle était constante. Ce sont des groupes de papules rouges qui s'élèvent sur une auréole inflammatoire vive; puis sur ces papules, des phlyctènes purulentes, ombiliquées. Cette éruption paraît par groupes d'abord, au col et à la poitrine, puis se dissémine sur toute la surface du corps.

Les narines sont pulvérulentes, la langue devient sèche, fendillée ; plus rarement elle se couvre, ainsi que les dents, de fuliginosités noires. La constipation, que nous avons notée au début, est remplacée par des selles liquides, fétides. La malade vomit tous les aliments qu'elle essaye de prendre, ainsi que les boissons, à moins qu'elles ne soient froides ou acidules.

La troisième période est annoncée par une augmentation de la faiblesse, qui devient extrême. Les malades ont des selles involontaires, très-fréquentes et fétides ; elles urinent par regorgement. Couchées sur le dos, tant qu'elles demeurent immobiles, elles ne souffrent pas; les douleurs produites par la formation des collections purulentes ont

cessé; mais le moindre mouvement leur est intolérable et leur arrache des plaintes. La respiration est toujours courte; vingt-quatre ou trente-six heures avant la mort survient une amélioration apparente. Tous les symptômes perdent de leur intensité, le délire a cessé, les malades se trouvent bien; les douleurs de la péritonite ont disparu, mais le ventre reste tendu, les articulations prises paraissent délivrées. Le pouls perd de sa force, tout en demeurant fréquent. Le mouvement fébrile est toujours continu. Les redoublements du soir n'ont plus lieu, ou sont bien moins tranchés; les pommettes, qui étaient demeurées colorées, deviennent pâles et terreuses, comme le reste du corps. Les yeux s'excavent; des sueurs visqueuses couvrent de temps en temps la face et le tronc; les lochies reparaissent quelquefois pour peu de temps. S'il y a des plaies en suppuration, elles deviennent grisâtres, le pus ne se forme plus, il ne s'en écoule qu'une sanie fétide. Des phlyctènes se montrent parfois autour de ces plaies; les forces se perdent de plus en plus, la malade prend l'aspect de l'agonie. Il survient de la cardialgie, ou la sensation d'une barre qui traverserait d'un hypochondre à l'autre. Le pouls est filiforme, à peine perceptible, quoique toujours précipité. La face devient livide, les extrémités se refroidissent, la parole est brève, saccadée; la connaissance se conserve jusqu'au dernier moment. L'agonie se termine, pour l'ordinaire, tranquillement, sans convulsions. Borsieri (*Instituti medicinæ prat. febris puerperalis neotericorum*) assigne à cette forme de la fièvre puerpérale une durée de onze à vingt jours. Les faits que nous avons observés confirment tout à fait cette assertion. La maladie se termine rarement plus tôt, excepté dans les épidémies. Sa terminaison n'est pas toujours funeste, quand les affections ne sont pas trop multipliées ou ne frappent pas des organes trop importants.

Quand, par un traitement énergique, l'on est parvenu à s'en rendre maître, et surtout à abattre le mouvement fébrile, il est possible de prévenir la période de colliquation. Les lochies reprennent leur cours, et les collections purulentes marchent vers leur terme, comme des abcès ordinaires.

## FORME BÉNIGNE.

Nous devons distinguer deux variétés dans la forme bénigne : l'une rapide, de courte durée; l'autre lente et affectant, pour ainsi dire, une marche chronique.

Dans la première variété, les femmes, deux ou trois jours après l'accouchement, presque jamais le premier jour, sont prises de mouvement fébrile. La fièvre est souvent précédée d'un frisson, mais quelquefois il manque, et quand le mouvement fébrile survient à l'époque de la fièvre de lait, on peut être trompé. Le pouls est plein, large, il donne 100 à 120 pulsations par minute; la peau est chaude, halitueuse; le visage est rouge; les malades accusent un peu de céphalalgie. Bientôt des douleurs plus caractéristiques attirent l'attention; c'est le plus ordinairement au bas ventre ou dans les aines qu'elles sont fixées : elles se prolongent dans les hypochondres. Les lochies se suppriment, le ventre est médiocrement tendu, sensible au toucher; il supporte cependant un certain degré de pression; il y a de la constipation. D'autres fois, c'est sur un des côtés de la poitrine que les douleurs sont perçues : il existe alors un épanchement dans la plèvre, qui se reconnaît par les moyens appropriés.

Dans quelques cas, la malade accuse des douleurs dans une ou plusieurs articulations.

Le lendemain matin, en général, la fièvre est notablement diminuée, les douleurs sont moins vives, la constipation a cédé. Vers le soir, un nouveau paroxysme se déclare; s'il ne se reproduit pas, le mouvement fébrile devient continu, et le quatrième ou cinquième jour de la maladie tous les accidents ont disparu.

Dans la seconde variété le début est presque semblable, seulement il peut survenir fort tard, huit ou dix jours après l'accouchement. Il est presque toujours marqué par un frisson initial tranché, des douleurs dans les flancs, des envies de vomir et le mouvement fébrile. Cette fièvre est continue, quoique légère. Les paroxysmes du soir ne

sont souvent marqués que par un peu plus de chaleur. L'état de la malade n'inspire pas d'inquiétude; cependant elle ne peut se lever, les forces manquent, et le moindre écart de régime peut devenir fâcheux. Les douleurs abdominales cessent au bout de quelques jours, après avoir été suspendues. Les lochies peuvent reprendre leur cours. mais pour s'interrompre de nouveau; puis, sous l'influence de l'état général qui continue, on voit se produire des affections variées. Ce sont, le plus ordinairement, des suppurations, soit du bassin, soit des articulations, soit dans la continuité des membres. Souvent le produit morbide n'est pas entièrement formé, et ces affections se bornent à un simple gonflement.

Quand une de ces affections est terminée, la maladie semble finie; mais loin de là, tout à coup on en voit poindre une nouvelle, en une autre partie du corps, et tout est à recommencer. Il peut arriver de voir ainsi cinq ou six affections se succéder et guérir; il ne faut pas cependant être trop rassuré par cette marche lente. J'ai vu une malade être prise, six semaines après ses couches, d'une pleurésie purulente, à laquelle elle succomba, après avoir eu successivement deux abcès et une fluxion articulaire, dont les symptômes étaient complétement amendés; mais le plus ordinairement ces malades guérissent. Leur convalescence est très-longue; elles doivent éviter les écarts de régime, sous peine d'être atteintes de dévoiement difficile à calmer.

La maladie peut durer d'un à deux mois, sans compter les suites qu'entraînent la cicatrisation des abcès, les épanchements pleurétiques et les inflammations articulaires.

Certaines femmes, à la suite de leurs couches, vont bien pendant quelque temps; la secrétion laiteuse s'établit, puis elle se dérange ou se supprime plus ou moins complètement à la suite d'une émotion morale, d'un refroidissement ou de toute autre cause perturbatrice; elles sont prises d'un mouvement fébrile passager, que n'accompagne aucun symptôme grave. Puis, soit sur les membres, soit aux épaules, soit au dos, apparaissent de petites collections purulentes, sous-cutanées, qui ont ceci de particulier qu'aucun symptôme inflammatoire

local ne les a précédées. La peau est décollée, l'abcès est fluctuant avant qu'on se soit douté de sa présence. Il y a des femmes sur lesquelles on est obligé d'ouvrir successivement huit ou dix collections purulentes de cette nature. Pendant ce temps, l'état général est bon, l'appétit se soutient. La sécrétion du lait peut se rétablir, mais souvent elle demeure tarie. Cet état purulent peut se produire pendant toute la période de l'allaitement et à la suite du sevrage.

## FORME CARACTÉRISÉE PAR UNE PHLEGMASIE LOCALE OU UNE COLLECTION PURULENTE ISOLÉE.

Dans les formes précédentes, la fièvre puerpérale se manifestait par un grand nombre de lésions disséminées dans tous les points du corps. Les phénomènes pathologiques si divers avaient cependant un remarquable caractère d'unité. Quel que fût l'organe, quel que fût le tissu frappé sous l'influence de la maladie, il avait une tendance inévitable à se transformer en pus. Nous allons voir maintenant les lésions de la maladie bornées à l'inflammation d'un seul organe, à un vaste foyer dans un membre. Les phlegmasies isolées présenteront néanmoins les mêmes caractères que les collections purulentes multipliées, répandues dans les viscères et les parenchymes. Nous trouverons, dans les deux cas, un trait commun de ressemblance : la tendance a une suppuration rapide, tellement prompte qu'elle renverse toutes nos idées habituelles sur les transformations successives que doivent subir les tissus enflammés avant que d'arriver à la production du pus.

Les symptômes généraux de la maladie sont les mêmes que pour la forme commune. L'aspect du malade est moins effrayant, parce que la vue n'est pas frappée par ces affections nombreuses qui compromettent souvent plusieurs membres à la fois; mais la gravité n'est pas moindre. L'ordre d'évolution des symptômes ne nous présente pas un tableau fort différent de celui de la forme commune; nous devons cependant noter quelques variétés.

Le mouvement fébrile affecte toujours le type continu rémittent, mais les paroxysmes du soir sont souvent moins intenses, les frissons qui les précèdent plus légers; il arrive même qu'ils manquent complétement. La chaleur de la peau est toujours très-développée. La mort peut survenir pendant que l'appareil fébrile est encore dans toute son énergie. Alors la période d'adynamie n'a pas lieu ou ne dure que quelques heures.

Cette forme n'exclut aucun des symptômes accessoires, comme l'ictéritie, les sudaminas, l'éruption miliaire. Un fait qui frappe, c'est une sorte de disproportion qui existe entre l'affection locale et les phénomènes généraux. Il est surprenant de voir un simple abcès dans un membre, par exemple, déterminer un concours de symptômes aussi formidables. Cet abcès semble prendre une marche favorable; l'ouverture en a été pratiquée à temps; on est en droit d'attendre une rémission; elle n'a pas lieu, et la maladie persévère dans sa violence avec une intensité qui déconcerte.

Toutes les phlegmasies peuvent se présenter sous l'influence de la fièvre puerpérale. La plus fréquente de toutes est la péritonite; elle se présente si souvent isolée que pour bien des auteurs la fièvre puerpérale n'est qu'une péritonite. Les affections disséminées, pour eux, sont de simples complications. Nous n'avons pas à décrire ici la péritonite; nous ferons seulement remarquer que cette affection, tout en étant, sans contredit, la plus commune, n'est cependant pas constante.

Nous avons observé, en 1842, à l'hôpital de la Charité, dans le service de M. le professeur Fouquier, un cas bien remarquable de pleurésie puerpérale.

I^re OBSERVATION.

« Une jeune femme de vingt ans, d'une santé excellente, accouche très-heureusement d'un premier enfant. Pour dissimuler son accouchement, elle sort le premier jour après la délivrance; elle est prise,

dans la même journée, d'un frisson violent; elle entre à l'hôpital; le lendemain, la malade avait une fièvre ardente; le pouls était large, plein; il donnait 120 pulsations par minute; la peau était brûlante, la face rouge, vultueuse; il y eut du délire peu bruyant. L'anxiété était extrême, la respiration brève, saccadée; une violente douleur au côté gauche absorbait toute l'attention de la malade, qui fut obligée de rester assise jusqu'au dernier moment. L'examen fit reconnaître les signes d'un vaste épanchement pleurétique de tout le côté gauche. Les seins étaient durs, gonflés; la secrétion du lait était suspendue de même que l'écoulement des lochies. La malade mourut dans la nuit du troisième au quatrième jour après le début de la maladie. Jusqu'au moment de l'agonie, le mouvement fébrile conserva la même intensité. Un traitement énergique ne put conjurer en rien la marche foudroyante de l'affection.

« L'autopsie fit constater un vaste épanchement de sérosité purulente dans la plèvre gauche. L'utérus et ses annexes présentaient les traces d'un accouchement récent, mais aucune altération. »

Ce fait nous paraît un exemple caractéristique de la marche maligne des phlegmasies sous l'influence de la fièvre puerpérale.

La pneumonie s'observe aussi avec la même marche rapide. Le poumon enflammé passe à la période de suppuration dès le début. M. le professeur Chomel a rapporté à sa clinique l'exemple d'une dame qui accoucha fort heureusement. Dès le lendemain, elle éprouva un simple malaise, qui fut d'ailleurs si léger, qu'il n'éveilla pas l'attention de l'accoucheur. M. Chomel, ayant visité cette dame dans la journée, trouva de la respiration bronchique et de la matité dans tout un côté de la poitrine. Douze heures après, la malade avait cessé de vivre. L'autopsie fit découvrir une hépatisation rouge et grise du poumon.

Voici une observation de fièvre puerpérale caractérisée par une

ophthalmie purulente qui avait été regardée comme une fièvre putride (1).

IIe OBSERVATION.

« Mulier triginta annorum nata : post partum, relicta placentæ parte « magna in utero febre putrida corripitur, cujus præcipua erant sym- « ptomata exacerbationes quaqua die revertentes lingua sordida, cutis « arida, pulsui celeritas cum vomendi perpetuo conatu diarrhæa pu- « trida... Pacatis omnibus symptomatibus initio convalescentiæ decem « diebus peractis per inobservationem diætæ febris iterum exurgit. « Cum nausea vomitu febre iterum corripitur horrore algido nunciata... « Dolor cruris his diebus vexavit ægram.

« Paucis elapsis horis, dolor occupat mammas paulo post nona die « vix elapsa a recidiva conqueritur ægra de visux hebetudine ; oculus « dexter absque ullo vitio sensibili pupilla coarctabatur. Attamen die « sequenti mane medicus videt abcessum in parte inferiori cameræ « anterioris, abcessus nullo modo obsidebat pupillam : visus omnino « periit eodem die quinta hora pomeridiana. Visus turbatur ad oculum « sinistrum, nec aderat capitis dolor, nec coma, nec paralysis, nec « delirium, libere loquebatur. Sed medico paululum labes visa fuit. « Pulsus debilis urinæ multum quantitate minutæ die sequenti epis- « pastica ægrotans non sensit. Debilis erat valde, sudores frigidi « aboriebantur. Visus integre abolitus tertia hora pomeridiana mortua « est. »

Le tissu cellulaire est plus fréquemment encore que les viscères le siége des phlegmasies purulentes.

Nous avons vu combien ces inflammations disséminées étaient fréquentes dans la forme commune; nous allons étudier maintenant ces

(1) Gilibert, *Adversaria medico prac.*, observ. 43; Lugduni, 1791.

vastes foyers de suppuration qui se propagent avec une effrayante rapidité, disséquant les muscles d'un membre en vingt-quatre ou quarante-huit heures. L'inflammation marche dans tous les sens, transformant en pus les organes qu'elle envahit ; rien ne lui résiste ; les aponévroses, les os pas plus que les muscles, les couches de vaissaux capillaires qui les entourent, étant détruites, la gangrène frappe ces organes, qui n'ont plus de communication vasculaire. Des os entiers sont nécrosés par ce mode de propagation de l'inflammation. Elle pénètre dans l'intérieur des articulations avec autant de facilité que dans les interstices musculaires, et convertit en peu d'heures une vaste synoviale, comme celle du genou ou de l'articulation tibio tarsienne, en foyer purulent.

L'épanchement de lymphe plastique fibrineuse qui limite les foyers des abcès ordinaires ne se produit pas autour de ces phlegmons.

Quand ils siégent aux membres ou à la surface du tronc, une teinte livide de la peau avec un peu d'empâtement indique les progrès de l'inflammation. Ces affections si redoutables présentent tous les caractères de la maladie décrite par Duncan, d'Édimbourg, sous le nom de *phlegmon diffus*, et par quelques chirurgiens français, sous celui d'*érysipèle phlegmoneux*.

Le tissu cellulaire du bassin, des ligaments larges et des autres replis du péritoine est le siége de prédilection de ces phlegmasies. De là l'inflammation se propage en haut dans le mésentère ; en bas, elle pénètre vers la cuisse par le trou obturateur et la gaîne des muscles iliaques. La marche est d'ordinaire trop rapide pour que l'on ait lieu d'observer ces perforations du vagin, du rectum, etc., si fréquentes dans les abcès de la fosse iliaque des formes bénigne ou commune. Le mouvement fébrile est très-intense dès le début. Il est accompagné de délire bruyant, de stupeur, de douleurs violentes qui arrachent des cris à la malade. La mort arrive souvent pendant cette première période.

Mais si la suppuration est formée, les douleurs sont moins aigues. Le type rémittent de la fièvre symptomatique est plus caractérisé. Il

y a des chances de guérison, si le foyer peut se limiter, si la collection purulente est ouverte, soit spontanément, soit par le bistouri ; mais le plus souvent, le mouvement fébrile continue, il s'exaspère plus tôt ; les paroxysmes se multiplient, l'ictéricie, la colliquation surviennent, et la terminaison défavorable à leur suite.

Mais si les malades ont atteint la période de colliquation, la maladie peut se prolonger fort longtemps, six semaines ou deux mois, pendant lesquels on observe des alternatives continuelles d'améliorations et de rechutes. Minées par la fièvre et le dévoiement, elles meurent dans le marasme le plus complet.

Voici un fait qui présente au plus haut degré l'appareil de symptômes que nous attribuons à ces phlegmasies.

### IIIe OBSERVATION.

#### Phlegmasie purulente.

« Le 28 février 1844, on apporte à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Joseph, une femme âgée de trente ans. Il y a trois semaines qu'elle est accouchée à la Maternité ; elle en est sortie depuis quatre jours. La malade s'exprime très-difficilement. Elle accuse une douleur très-violente dans la fosse iliaque gauche. Le ventre est tendu, très-douloureux au toucher. Les lochies sont supprimées. La face est pâle, grippée ; la bouche sèche ; le pouls très-fréquent et très-développé : 120 pulsations par minute. La douleur arrache continuellement des cris à la malade. (30 sangsues à la fosse iliaque.)

« Le 29, même état ; encore aggravé. Cardialgie, vomissements de matières verdâtres. (30 sangsues, calomélas, 2 déc.)

« Le 1er mars, la malade a eu du délire pendant la nuit. Le matin, elle est sans connaissance. La respiration est accélérée ; le pouls est très-fréquent, mais presque imperceptible. Elle meurt dans la journée. »

*Autopsie trente-six heures après la mort.*

Vaste abcès dans la fosse iliaque gauche. Le point central du foyer est dans le ligament large gauche; il passe entre le rectum et l'utérus, et va s'épanouir de nouveau dans le ligament large du côté droit; il se prolonge à gauche et en haut sous le péritoine jusqu'à la rate; le rein gauche est complétement baigné par le pus; le rectum en est complétement entouré. Dans la cavité péritonéale proprement dite, il n'y a aucun épanchement, seulement l'inflammation a déterminé quelques adhérences. A droite, deux circonvolutions intestinales ont adhéré avec le ligament large; autour de ces adhérences il y a quelques stries sanguines. A gauche, le tablier épiploïque a contracté de la même manière des adhérences avec le feuillet péritonéal qui tapisse la fosse iliaque. Du rein, l'inflammation s'est propagée jusqu'au cul-de-sac de l'estomac; de là dans l'arrière cavité épiploïque, où l'on trouve une péritonite partielle complète. Toute la cavité est tapissée de fausses membranes. La grande cavité péritonéale est parfaitement saine. L'utérus et les autres organes n'offent aucune altération.

Dans une autre variété, les suppurations offrent une forme bien différente, qui modifie singulièrement l'aspect de la malade.

Quelques jours après l'accouchement dont, en général, les suites sont favorables, les femmes sont prises de frissons légers, puis d'une fièvre modérée. Il y a de la faiblesse, du malaise, de la céphalalgie; la langue est blanche. La malade accuse une courbature générale, sans rapporter positivement ses souffrances à aucune région limitée. Le mouvement fébrile continue avec exacerbation le soir, puis, au bout d'un temps plus ou moins long, les personnes qui donnent des soins à la malade découvrent une collection purulente déjà fluctuante. Cette collection se forme sans que la malade en ait conscience, ou bien quelques douleurs plus accusées que celles qui ont précédé ont marqué le début. La peau qui recouvre la tumeur est d'un blanc

mat ; le toucher ne cause aucune douleur. Quand ces collections se présentent à la région dorsale, au bas des reins, les malades ne les aperçoivent pas. Quand elles sont localisées dans les membres, elles ne se plaignent que d'une sensation de pesanteur ; cependant la tumeur augmente de volume; la suppuration s'étend au loin; la peau, quoique distendue par le pus, ne change pas de couleur, elle ne s'altère que fort tard. Cette terminaison est toujours fâcheuse, parce que le foyer se convertit en clapiers fétides, après l'introduction de l'air. La marche de la maladie est fort lente. La fièvre est assez forte jusqu'à la formation du foyer, puis elle diminue d'intensité; elle peut même cesser complétement, la malade reprendre des forces et son appétit; mais cette amélioration n'est que temporaire; le pus se forme toujours; le mouvement fébrile reprend son énergie : les malades meurent avec tous les symptômes de la fièvre hectique.

L'observation que nous citons à l'appui de cette description donnera une idée des désordres considérables que peuvent produire ces suppurations.

### IV^e OBSERVATION.

Collection purulente s'étendant de la nuque au sacrum.

Le 5 janvier 1844, entre à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Joseph, une jeune femme de vingt-cinq ans. Cette femme vient pour faire ses couches. Elle était sous l'impression d'émotions morales très-pénibles. L'accouchement fut très-heureux. Pendant les trois premiers jours, les choses se passèrent naturellement. La fièvre de lait ne présenta aucun symptôme insolite.

Le 13, la malade était très-anxieuse; elle se plaignit de dégoûts, de céphalalgie.

Le 14, elle ressentit un léger frisson, qui fut suivi d'un peu de fièvre et d'une légère moiteur ; courbature, douleur dans tous les membres; céphalalgie très-vive.

Le 15, le paroxysme fébrile reparut, et se reproduisit chaque jour à peu près à la même heure, sans varier beaucoup d'intensité.

Le 16, la malade accusa une douleur fixe à l'épaule droite; le lendemain elle s'en plaignit encore plus vivement. L'articulation parut saine. Des cataplasmes laudanisés calmèrent la douleur.

Le 21, les douleurs étaient calmées, mais on trouva, en changeant la chemise de la malade, une tumeur fluctuante sur l'omoplate et la poche sus-épineuse. La fluctuation s'étend du bord axillaire à l'omoplate droite, jusqu'à la colonne vertébrale; elle remonte jusqu'à la racine des cheveux et descend jusqu'au milieu du dos C'est à peine si la peau est tendue et fait saillie. Le mouvement fébrile rémittent est toujours très-caractérisé. Le matin, la malade est calme, le pouls est faible et ne donne jamais plus de 80 à 90 pulsations; le soir, elles s'élèvent à 100, à 110, sans cependant acquérir plus de force. Les selles sont plus fréquentes et liquides. Une toux sèche fatigue la malade.

Le 24, les jambes sont œdématiées, la droite plus que la gauche; de ce côté, l'enflure remonte jusqu'à l'abdomen.

Le 28. Symptômes nouveaux. Hémiplégie complète du côté droit. Le bras du même côté est aussi œdématié. Les mouvements sont abolis, mais il y a encore une sensibilité obtuse. Bégaiement; anxiété extrême. Le mouvement fébrile est toujours le même. Les paroxysmes sont bien moins tranchés. L'abcès dorsal proémine d'avantage.

Le 6 février. L'embarras de la parole a disparu. Il n'y a plus de paroxysmes. Matin et soir on compte de 80 à 90 pulsations faibles régulières. L'abcès fait des progrès. Fluctuation depuis le sacrum jusqu'au col.

Le 10. L'hémiplégie continue, mais l'état général semble amélioré. La fièvre a presque disparu; les forces se relèvent; l'appétit reparaît. La collection purulente augmente toujours; il se produit une gibbosité dans la région dorsale.

Le 20. État général toujours satisfaisant. L'abcès dorsal constitue une vaste tumeur. La peau s'amincit. On fait une ponction : il en sort un

pus sans odeur, blanc, bien lié; nous en évacuons un litre chaque jour; pendant dix jours nous en faisons sortir un demi-litre.

Le 1er mars. Le pus devient fétide. La fièvre hectique se déclare par accès irréguliers, précédés de frissons. Le dévoiement reparait; les forces se perdent. Eschares au sacrum, aux trochanters.

Le 6. Les phénomènes de l'hémiplégie reprennent toute leur gravité. La parole s'embarrasse de nouveau. La malade n'a pas cessé un moment d'avoir l'intelligence lucide. Elle meurt le 8 mars.

*Autopsie quarante-huit heures après la mort.*

Le cadavre est infiltré. Eschares multipliées sur tous les points qui ont été comprimés pendant la vie.

L'abcès dorsal est énorme, il s'étend jusqu'au sacrum et aux os iliaques, sur les parties latérales; il pénètre en haut, sous les omoplates, jusqu'au bord axillaire; plus bas il s'avance sur le milieu des côtes. Le foyer est entièrement circonscrit dans le tissu cellulaire de la région dorsale et les interstices de quelques muscles : ces derniers et les os n'ont nullement participé au travail morbide.

Dans l'hémisphère gauche du cerveau, il y avait un ramollissement de la grosseur d'un œuf de poule, circonscrit dans le centre ovale et les circonvolutions qui y correspondent.

L'utérus, le poumon et les autres vaisseaux ne présentent aucune trace d'altération.

La maladie décrite par White sous le nom de *phlegmasia alba dolens puerperarum*, désignée par Levret sous celui d'*engorgement laiteux des membres abdominaux*, appelée aussi *œdème douloureux des nouvelles accouchées*, est une maladie essentielle propre aux femmes en couches, et non pas une affection symptomatique de la fièvre puerpérale. Elle en diffère par le début qui est plus tardif, par la marche, par les symptômes, et surtout par sa terminaison presque toujours favorable. Les deux maladies ont des lésions communes : ce

sont des phlébites, des abcès, des lymphites. L'histoire de la *phlegmasia alba dolens* prouve combien il est fâcheux de prendre des altérations anatomiques pour des causes premières, au lieu de ne les regarder que comme des symptômes, des effets de la maladie, de même que les altérations fonctionnelles. La même lésion peut se présenter dans deux espèces morbides différentes. Le génie particulier de l'espèce communique à la lésion une valeur spéciale. Les tubercules des poumons s'observent dans la scrofule et dans la phthisie pulmonaire; cependant la gravité de la lésion n'est point la même dans les deux cas : la présence des tubercules pulmonaires chez un scrofuleux peut être insignifiante, tandis que chez le phthisique l'évolution du produit morbide est presque inévitable.

Aussi règne-t-il encore aujourd'hui beaucoup de vague sur l'histoire de la *phlegmasia alba dolens*. Les uns décrivent sous ce nom une maladie essentielle, distincte de la fièvre puerpérale; les autres, comme M. Velpeau (*Arch. gén. de méd.*, 1824), donnent ce nom à des cas particuliers qui, en vertu du début, de la marche de la maladie avec fièvre continue, de la présence d'affections caractéristiques ailleurs que dans un membre pelvien, enfin, à cause de leur terminaison funeste, doivent être regardés comme de véritables fièvres puerpérales de forme commune.

Nous ne nous étendrons pas sur la *phlegmasia alba dolens*, qui pourrait à elle seule être l'objet d'une dissertation, nous avons voulu seulement établir sa place comme espèce distincte de la fièvre puerpérale.

Il peut survenir chez les nouvelles accouchées d'autres phlegmasies purulentes, qui ne sont pas pour cela symptomatiques de la fièvre puerpérale.

A une époque où l'on attribuait toutes les maladies puerpérales à une cause unique, soit à un lait répandu, soit à une rétention des lochies, il s'était fait une grande confusion dont nous sentons encore les effets. Toutes les maladies dont les femmes peuvent être atteintes à la suite de l'accouchement relevaient de la même cause; aussi l'on rappro-

chait les unes des autres des affections très-différentes, comme la *phlegmasia alba dolens;* la fluxion ovarique, la distension de l'utérus, le poil, la gangrène de la matrice, les abcès iliaques, et enfin la fièvre puerpérale elle même. Les explications sont délaissées, mais la confusion a duré plus longtemps. Nous croyons qu'il y a grand intérêt à distinguer toutes ces maladies.

Le poil ou les abcès du sein ne sont jamais ou presque jamais symptomatiques de la fièvre puerpérale, ce sont de simples phlegmasies locales; leur marche, leur bénignité, leur terminaison rapide et heureuse, tout tend à les faire distinguer de la vaste maladie que nous étudions.

Tous les abcès de la fosse iliaque qui surviennent après l'accouchement ne sont pas symptomatiques de la fièvre puerpérale. Il en est qui sont des accidents locaux; ils se produisent sous l'influence de causes occasionnelles ordinairement très-appréciables, comme une marche forcée ou tout autre exercice prématuré. Ils paraissent, en général, à une époque tardive après l'accouchement. Ces abcès sont circonscrits et ne présentent nullement cette tendance à se propager indéfiniment, qui caractérise le phlegmon diffus que nous avons décrit. Tant qu'il se forme du pus, la fièvre continue, puis elle cesse. L'abcès est résorbé, il s'ouvre, soit à l'extérieur, soit à l'intérieur, dans un des organes voisins. Une fois ouverts, ces abcès se comportent comme des abcès ordinaires. Pendant leur évolution, on n'observe jamais ni l'ictéricie, ni les sudaminas, ni les paroxysmes fébriles précédés de frissons violents, ni le délire, ni l'adynamie, qui caractérisent si énergiquement les phlegmasies de cette région sous l'influence de la fièvre puerpérale.

La collection purulente peut s'ouvrir dans le péritoine et déterminer une péritonite mortelle, mais cet accident, fort rare d'ailleurs, ne doit rien faire préjuger sur le génie particulier de la maladie.

Des abcès semblables peuvent se manifester après les couches dans toutes les régions, mais ils siégent de préférence dans les annexes de l'utérus et autour des mamelles. J'en ai observé à l'aisselle.

## DES LÉSIONS ANATOMIQUES, SYMPTOMES DE LA FIÈVRE PUERPÉRALE.

Sous l'influence de la fièvre puerpérale, il peut se produire des lésions nombreuses dans tous les solides et les liquides coagulables de l'économie : ainsi l'on observe des inflammations des principaux viscères du péritoine, de la plèvre, de la pie-mère, des affections du foie, du poumon, de la rate, des veines, des vaisseaux lymphatiques, des altérations variées du tissu cellulaire, des muscles et des os; enfin, des modifications pathologiques dans la composition du sang. Notre intention n'est pas de décrire successivement toutes ces lésions; la plupart d'entre elles n'appartiennent point en propre à la fièvre puerpérale et lui sont communes avec d'autres états morbides. Nous ferons la tentative de reproduire le tableau fidèle des cadavres pendant une autopsie, de même que nous nous sommes appliqués à saisir, dans les diverses formes que nous avons adoptées, les aspects variés de la maladie, sous le point de vue des altérations fonctionnelles.

Les lésions anatomiques sont des symptômes des maladies (*fructus morborum*) au même titre que les lésions des fonctions. Sans doute, pas plus que pour ces dernières, nous ne pouvons espérer d'être complet, mais nous pensons avoir adopté la méthode la plus favorable et la plus vraie en nosographie.

L'inflammation la plus fréquente est la péritonite; dans plus de la moitié des cas de la forme commune elle attire dès l'abord l'attention. Le cadavre n'est pas amaigri, au contraire, le tissu cellulaire œdématié distend la peau, qui a une teinte d'un blanc jaunâtre. L'abdomen frappe par son énorme distension; ses parois sont infiltrées de sérosité. Quand la cavité séreuse est ouverte, on constate les altérations qui offrent des aspects différents suivant la rapidité de la maladie. L'inflammation du péritoine se manifeste par un épanchement dont

l'aspect et la consistance varient beaucoup, depuis une sérosité claire à peine troublée par quelques flocons albumineux, jusqu'à l'entière transformation de cette lymphe en pus.

L'évolution du produit morbide peut être suivie dans tous ses degrés. Le plus souvent le pus se dépose sur les parties déclives, et la sérosité demeure à la surface; mais quand on agite le liquide, cette dernière est bientôt troublée par le pus qui surnage sous forme de flocons à l'état concret qui précède sa liquéfaction. La sérosité est d'un beau jaune ou rougeâtre. La quantité de liquide varie depuis plusieurs livres jusqu'à un épanchement fort médiocre qui se réfugie dans le fond du petit bassin. Le liquide étant évacué, on trouve, sous forme de fausse membrane, du pus concret qui tapisse les parois de la cavité péritonéale; c'est surtout autour de l'utérus, des trompes et des ovaires que se rencontrent ces flocons adhérents sur les intestins; ils forment des brides qui déterminent des adhérences entre les circonvolutions et les réunissent en masse au centre de la cavité; le tablier épiploïque fournit une surface très-favorable pour ces adhérences.

Le péritoine est vivement injecté par places.

C'est d'abord une vascularisation fine à laquelle succède un piqueté. Les plaques sont séparées par du tissu sain. Ces traces inflammatoires se voient surtout autour des parties génitales, de l'épiploon et des intestins. L'épiploon est souvent noirâtre; cette coloration, jointe à l'odeur fétide que répand l'épanchement, faisait croire les anciens auteurs à une gangrène: de là vient le nom de *sphacèle interne* qu'ils donnaient à cette lésion. L'épanchement se trouve quelquefois circonscrit entre quelques-uns des viscères abdominaux au moyen des adhérences dont nous avons parlé. Très-souvent une couche de pus concret est étendue en nappe avec l'aspect de fausses membranes en dehors du péritoine; c'est dans le bassin, à la surface de l'utérus, sur les muscles lombaires, que se rencontre ordinairement l'infiltration.

La matrice est volumineuse, incomplétement revenue sur elle-

même; les parois sont épaisses, molles, infiltrées de sérosité, quelquefois sèches et dures.

Le tissu propre de l'organe est rouge, injecté de sang. Cette injection est plus vive par places; au col, par exemple. Ce tissu enflammé est friable; des points noirs, autour desquels l'injection se concentre, indiquent des commencements de gangrène. Dans l'épaisseur des parois on trouve des grumeaux de sang noir plus ou moins coagulé ou des abcès; il n'y a aucune régularité quant au nombre et à l'étendue de ces petites collections purulentes; tantôt il y en a une centaine, tantôt seulement une ou deux dans le voisinage des trompes.

L'intérieur de la cavité utérine est tantôt rempli de caillots de sang noir putréfié, tantôt tapissé de fausses membranes, de pus concret. On trouve souvent, avec ou sans abcès, dans les muscles, une inflammation des lymphatiques de l'utérus, soit générale, soit partielle. Ces petits vaisseaux, devenus durs, comme variqueux, sont très-visibles au milieu du tissu : leur calibre est augmenté, il s'en écoule du pus et des caillots fibrineux grisâtres.

D'autres fois, les veines utérines sont remplies de caillots de sang coagulé, traces de phlébites adhésives. L'état des appendices utérins est aussi très-caractéristique. Du côté du péritoine, c'est autour d'eux que se concentrent les traces inflammatoires. Les trompes renferment un liquide purulent; leur pavillon rouge, tuméfié, contracte des adhérences avec l'ovaire et les organes voisins. Les ovaires sont gonflés, ils peuvent devenir énormes; leur tissu est raréfié, pénétré de sérosité, criblé de petits abcès ou détruit par une suppuration unique.

Les ligaments larges sont infiltrés de sérosité tantôt limpide, tantôt purulente. Quand la transformation du liquide en pus est complète, on a ces abcès qui décollent le tissu cellulaire du bassin et vont proéminer du côté du vagin avec le ligament du côté opposé. La collection purulente n'est pas toujours aussi vaste; il se peut qu'il n'y ait que de très-petits abcès en plus ou moins grand nombre. Il est assez ordinaire de ne rencontrer d'altération que dans les annexes utérins d'un seul

côté. Plus les lésions utérines sont considérables, moins l'épanchement du péritoine est abondant.

Les lésions disséminées qui coïncident avec celles que nous venons de décrire sont des arthrites purulentes, regardées par beaucoup d'auteurs comme des rhumatismes suppurés. Il y a rarement plus de deux ou trois articulations de prises. Les plus fréquemment atteintes sont celles des symphyses pubiennes, celles du poignet, du genou, de l'épaule, des doigts; dans des cas plus rares, les hanches, les coudes et les symphyses sacro-iliaques. Les inflammations des articulations présentent plusieurs degrés d'intensité, depuis la disparition du poli et l'épaississement de la synoviale jusqu'à l'érosion du cartilage. La quantité de pus que contiennent ces articulations ne dépasse pas de beaucoup celle du liquide de la synoviale à l'état sain. Les extrémités articulaires des os sont rarement atteintes.

Des phlébites isolées se présentent quelquefois au bras ou à la cuisse accompagnées de l'œdème symptomatique de cette affection.

Des collections purulentes à divers degrés se rencontrent dans la continuité des membres ou autour des articulations. Ces abcès diffus ont pour siége le tissu cellulaire. Ils commencent par un épanchement de sérosité qui, peu à peu, devient trouble, et finit par se convertir totalement en pus.

Les muscles sont disséqués, leur substance même est détruite et transformée en pus. La peau qui recouvre ces abcès est couverte de taches d'un rouge livide; l'épiderme, soulevé par de la sérosité, se détache par lambeaux; quelquefois il y a de véritables phlyctènes.

Dans les plèvres on peut trouver soit un léger épanchement de sérosité trouble, soit les lésions d'une véritable pleurésie symptomatique: alors il y a dans la plèvre un vaste épanchement séro-purulent. Des flocons albumineux gagnent le fond de la cavité. La plèvre pulmonaire est recouverte d'une fausse membrane mince pulpeuse, qui pénètre entre les lobes du poumon, et les dissèque visiblement jusqu'à l'origine des bronches. D'ailleurs, le poumon est atrophié et ac-

colé contre la colonne vertébrale ainsi que dans les autres épanchements pleurétiques.

Quand il y a quelque lésion dans le péricarde, ce qui est rare, elle consiste en un épanchement médiocre de sérosité lactescente.

Dans une seconde catégorie de faits, nous trouvons une autre association de lésions. Les cadavres sont amaigris; une couleur jaune verdâtre, reste de la teinte ictérique, leur donne un aspect hideux. L'utérus présente pour lésions des phlébites multipliées qui occupent les veines utérines et ovariques; ces lésions remontent jusqu'aux veines iliaques et hypogastriques; quelquefois même, la crurale et l'iliaque sont envahies. Dance a trouvé des abcès intra-veineux circonscrits jusque dans la veine cave. Ces veines se présentent avec l'aspect de cordons durs, résistants quand on les coupe en travers. Leurs parois, modifiées par l'inflammation des couches capillaires des tuniques, demeurent béantes comme des artères. Ces veines sont remplies de sang coagulé et de foyers purulents. Si on les suit jusqu'au bout, on trouve à divers états le caillot obturateur propre à toutes les phlébites. Ces phlébites, autour de l'ovaire et des trompes, forment des chapelets de petits abcès séparés les uns des autres par des caillots. Le tissu utérin est enflammé, gonflé de sérosité, et renferme des abcès disséminés, même en dehors des veines. Le péritoine présente un épanchement médiocre ou nul. Des traces d'inflammation, des traînées rougeâtres, recouvertes de fausses membranes, signalent le trajet des vaisseaux enflammés, l'utérus et les ovaires.

Les lésions disséminées affectent le parenchyme des organes : ce sont des hépatisations rouges et grises d'un poumon entier, ou seulement d'une portion, des abcès métastatiques en nombre indéfini à tous les degrés d'évolution. Dans ces cas-là, il y a presque toujours un peu d'épanchement séro-purulent dans les plèvres. De même, quand le cerveau en renferme, il y a des traces d'inflammation de la pie-mère : le liquide sous-arachnoïdien est louche; des plaques de pus concret remplissent les scissures, le foie, la rate; les reins présentent aussi des abcès métastatiques. Il y en a de pareils dans le tissu cellulaire. Les

fibres sont brusquement interrompues autour du foyer. La transformatiou du tissu en pus est évidente. L'évolution est la même que pour les autres abcès métastatiques ; en dehors du foyer, l'aspect des fibres est tout à fait naturel. Des muscles, en apparence parfaitement sains, contiennent des masses de petits abcès. La peau qui recouvre ces muscles n'offre aucune altération qui puisse faire douter qu'ils soient malades.

Parmi les lésions disséminées nous voyons des phlébites de toutes les régions. Nous remarquons celles des sinus de la dure-mère et des veines temporales. Les arthrites se rencontrent aussi quoique moins fréquentes que dans le premier tableau. Le même ensemble de lésions peut se produire sans phlébites, mais avec une inflammation plus ou moins étendue du système lymphatique de l'utérus qui se propage aux ganglions du mésentère et même jusqu'au canal thoracique. Les deux tableaux que nous venons de tracer sont propres à la forme commune, quand la forme bénigne devient mortelle, c'est par la prédominance subite d'une affection. Les lésions n'offrent rien de particulier à noter.

Dans quelques épidémies extrêmement graves où la maladie revêt cette forme foudroyante qui a régné si souvent dans les hôpitaux, les lésions ont ceci de remarquable qu'elles sont nulles ou presque insignifiantes, comparées au concours formidable de symptômes que présentent les malades.

L'aspect extérieur des cadavres est celui de personnes surprises par la mort au milieu de la santé la plus parfaite : point d'amaigrissement la face et les membres sont cyanosés. Quelques traces d'épanchement purulent dans le fond du petit bassin ; autour des organes génitaux, un ou deux petits abcès dans l'utérus ou ses annexes, voilà tout. Enfin, il est des cas où l'on ne trouve pas autre chose qu'un épanchement de sérosité rougeâtre trouble dans les ligaments larges ou le péritoine. Dans ces épidémies, la mort arrive très-vite, au bout de vingt-quatre ou quarante-huit heures. De ce que le pus n'est pas encore formé à ce moment, il n'en faut pas conclure à l'absence du produit

morbide caractérisque de la maladie. Cet épanchement de lymphe plastique est le premier phénomène de la formation du pus ; il ne faut pas oublier d'ailleurs que l'on a trouvé du pus complétement formé. bien avant vingt-quatre heures après le début de la maladie. M. Alexis Moreau (1) a trouvé du pus dans les lymphatiques de l'utérus vingt-quatre heures après la délivrance. M. Ducrest, cité par M. A Moreau, en aurait trouvé dans les lymphatiques de femmes mortes deux ou trois heures après l'accouchement.

M. A. Moreau dit que la mort peut survenir quelques minutes après l'accouchement. Il a vu une femme succomber un quart d'heure après la délivrance. Ces cas ne pourraient-ils pas être attribués à unc syncope, bien facile à comprendre au milieu de la terreur dont sont saisies les femmes qui accouchent dans un hôpital pendant une épidémie, plutôt qu'à une fièvre puerpérale ?

Nous n'ajouterons rien sur les lésions des phlegmasies purulentes, qui constituent la troisième forme. En donnant l'histoire de ces suppurations si rapides dans leurs évolutions, si envahissantes dans leur marche, nous avons été obligé de décrire les lésions des parties, en même temps que les symptômes. Nos observations, d'ailleurs, complètent la description.

### *État du sang.*

La science possède fort peu d'observations sur ce point des altérations pathologiques de la fièvre puerpérale.

Au début, j'ai vu presque toujours le sang tiré de la veine présenter une couenne dense et épaisse. Plus tard, l'aspect est très-variable.

Tantôt le sang reste dissous, fluide, tantôt il se coagule incomplétement avec une légère couenne bleuâtre ; d'autres fois on le trouve sirupeux. Après la mort, le cœur gauche est ordinairement revenu sur

---

(1) Thèse inaugurale; Paris, 1844.

lui-même. Dans le cœur droit il y a des caillots fibrineux mêlés d'un peu de sang. Le sang des veines était fluide ou coagulé.

Quelques observations nous autoriseraient à penser que le sang contenait du pus. Cette transformation sur place du sang en pus sans inflammation nous semble très-naturelle. M. Duplay a cité (1) un fait fort remarquable où le sang de toutes les artères et des veines du corps était transformé en pus sans phlébite. La même lésion existait dans l'aorte et les ventricules du cœur, mais les cas où la lésion est aussi prononcée sont rares. Il y a une difficulté réelle, c'est que les micrographes n'ont pas encore trouvé le moyen de distinguer les globules de pus des globules de mucus qui existent dans le sang.

Il est bien entendu que nous ne voulons pas parler de ces altérations primitives du sang au moyen desquelles on a prétendu expliquer la maladie. Jusqu'à présent, elles n'existent qu'à l'état de fiction, d'hypothèse; d'ailleurs, quand on viendrait à en démontrer l'existence, elles ne seraient toujours qu'une lésion, qu'un symptôme, qu'un effet de la maladie et non une cause.

## DES FIÈVRES PUERPÉRALES ÉPIDÉMIQUES.

Les formes des maladies ne changent pas; elles sont immuables comme l'espèce dont elles ne sont que la manifestation. Les formes en médecine sont entre elles, et relativement à la maladie, comme en histoire naturelle sont entre eux, et relativement à l'espèce, les individus du sexe mâle et ceux du sexe féminin. Il y a ressemblance et rapprochement par tous les caractères, et cependant chacun de ces caractères présente une différence qui distingue les deux individus. Les formes des maladies se perpétuent et se reproduisent toujours avec les mêmes différences.

Outre ces modifications constantes, l'espèce morbide est suscep-

(1) *Archiv. génér. de méd.*, t. 6.

tible de recevoir des modifications accidentelles qui se manifestent soit par des différences d'intensité dans les phénomènes, soit par la présence d'un ou plusieurs symptômes insolites. D'autres fois, la marche habituelle étant troublée, la maladie prendra un caractère de gravité subit. Quand ces modifications accidentelles se reproduisent sur un certain nombre d'individus, elles constituent les épidémies. Quelque chose d'extraordinaire, d'insidieux, d'imposant, apparaît dans une maladie pendant la constitution régnante et la change en constitution épidémique. Les épidémies ne durent qu'un temps donné et n'impriment leur caractère que sur les faits d'une localité plus ou moins restreinte. Le fait insolite qui donne une physionomie accidentelle à la maladie sert à caractériser ce que l'on nomme le génie de l'épidémie.

La fièvre puerpérale procède très-souvent par épidémies; cependant la science possède peu d'observations faites à ce point de vue. Parmi les auteurs, les uns, comme White (1), Delaroche (2), Borsieri (3), Leake (4), Hulme (5), présentent une description de la maladie telle qu'il leur a été donné de l'observer; quel que soit d'ailleurs leur sentiment sur la nature intime, sur la cause prochaine de l'affection. Quoique souvent il soit très-difficile d'y saisir le genre de l'épidémie, ces descriptions sont les plus utiles; elles ont au moins l'avantage de donner le tableau véridique des faits dégagés de toute idée théorique. D'autres, et ce reproche s'adresse surtout aux médecins français qui ont écrit depuis Pinel, renfermant d'avance leur description dans une formule de convention, ont compromis singulièrement la fidélité de leur récit.

Pinel regardait la fièvre puerpérale comme une phlegmasie locale

(1) *A treatise on the menagement of pregnant and lying in women;* London, 1785.

(2) *Recherches sur la nature et le traitement de la fièvre puerpérale;* Paris, 1783.

(3) Loc. cit.

(4) *Practical observations on the childbed fever.*

(5) *Treatise on the puerperal fever.*

du péritoine, mais il croyait en outre qu'elle pouvait se compliquer successivement des six ordres de fièvre qu'il avait admis dans sa *Nosographie*. Nous ne pouvons discuter ici la question de savoir s'il est possible de voir deux maladies aiguës, comme une fièvre et une phlegmasie, régner ensemble sur le même individu; mais nos épidémies, elles disparaissent pour devenir des péritonites, compliquées tantôt de fièvre inflammatoire, tantôt de fièvre bilieuse ataxique, adynamique, etc. L'erreur de Pinel sur les fièvres, c'est-à-dire sa croyance à la possibilité de la succession de ces différentes fièvres sur le même malade, se reproduit à propos de la fièvre puerpérale. L'auteur de la *Nosographie philosophique* et ses successeurs, comme Gasc (1), Gardien (2), se rendent compte de la marche de la maladie par le passage d'une forme à l'autre : telle fièvre puerpérale, qui est inflammatoire au début, et laquelle ne l'est pas, devient bilieuse ou adynamique. Il n'y avait pas possibilité avec ce système de donner une bonne description d'épidémie. Les fièvres essentielles de Pinel succombèrent devant la critique brillante de Broussais. La fièvre typhoïde fut constituée comme espèce morbide distincte. Les formes adoptées pour la fièvre puerpérale survécurent aux fièvres imaginaires qui avaient servi à les constituer, il n'y eut de changé que quelques mots. Nous eûmes une forme inflammatoire, une forme bilieuse; à la fièvre ataxique ou adynamique fut substitué l'*état typhoïde*, caractérisé par une perturbation de l'innervation et de l'hématose, admis comme conséquence possible d'une foule de maladies différentes, comme la gastro-entérite, la pneumonie des vieillards, la phlébite, l'éresypèle, la métrite, etc.

La fièvre typhoïde a triomphé de cette théorie, mais la fièvre puerpérale la subit encore; c'est le dernier reste d'un système nosologique déchu que l'on conserve par habitude. Pourquoi garder, à propos de la fièvre puerpérale, des erreurs que l'on réprouve sur le terrain de

(1) *Dictionn. des sciences méd.*, art. FIÈVRE PUERPÉRALE.

(2) *Traité des maladies des femmes et des enfants.*

la fièvre typhoïde? Il n'y a pas de fièvre puerpérale qui soit inflammatoire depuis son début jusqu'à sa terminaison; aussi se transforme-t-elle presque toujours, d'après les auteurs eux-mêmes qui adoptent ces formes prétendues. Il n'y a peut-être pas une malade qui ne présente la langue blanche et des vomissements bilieux, sinon pendant toute la durée de la maladie, au moins pendant une période; aussi la forme bilieuse ou muqueuse n'est-elle que passagère comme l'inflammatoire. C'est la forme typhoïde en définitive qui contient toute la fièvre puerpérale. On décrit sous ce nom d'abord la forme commune, que nous avons établie, en nous appuyant de l'autorité de White, de Leake, de Hulme, de Borsieri, de Delaroche; puis tous les cas qui, sous l'influence du génie épidémique, ont une marche si foudroyante, si frappante par sa malignité. Il est facile de voir quelle confusion résulte de ce rapprochement; tout est mêlé, ce qui se présente chaque jour et ce qui ne s'est vu peut-être qu'une fois. Il n'y a plus de vérité dans ces descriptions: aussi sommes-nous très-embarrassé pour y distinguer ce qui est accidentel et appartient par conséquent aux épidémies, de ce qui ne les concerne nullement. Les travaux des médecins statisticiens, si remarquables d'ailleurs, ont porté un coup mortel à l'histoire des épidémies. Les auteurs embrassent, pour l'ordinaire, une période arbitraire de temps (comme Robert Lee (1), par exemple, dont les observations durèrent deux ans) dans laquelle ils renferment tous les cas qu'ils ont observés, au lieu de ne commencer leurs calculs qu'après avoir déterminé médicalement le début et le déclin de la constitution épidémique. Ils s'exposent ainsi à appeler épidémie une série de faits qui n'ont nullement été dominés par une constitution spéciale.

Une autre source d'erreurs, ce sont les travaux conçus au point de vue restreint de l'étude d'une seule lésion. L'un ne considère que les

---

(1) *Pathological and practical researches on uterine inflammation in puerperal women;* London, 1831.

veines, un autre que l'état des lymphatiques, un troisième n'étudiera que les abcès iliaques ou les péritonites, etc. Il est très-difficile d'acquérir des vues d'ensemble au milieu de ces matériaux, qui d'ailleurs retrouvent toute leur importance au chapitre des lésions anatomiques. Il résulte cependant de la lecture de ces travaux que des épidémies se distinguent par la diversité des lésions : c'est une vue incomplète, sans doute, mais elle est d'une grande autorité pour permettre de penser que si la maladie présentait de telles différences sur une catégorie de symptômes, les altérations fonctionnelles avaient dû subir aussi des modifications analogues.

Les épidémies de fièvres puerpérales ont été signalées par Hippocrate. On trouve dans le premier et le troisième livre des *Epidémies*, huit observations souvent citées, qui se rapportent très-exactement aux descriptions ultérieures. Presque tous les auteurs en ont parlé; mais Willis, Mercatus et Fréd. Hoffmann ont laissé des histoires plus complètes et plus vraies. Edouard Strother, décrivant une épidémie de Londres, en 1718, donne le premier à cette maladie le nom de *fièvre puerpérale*. Avant lui, Pen avait observé, en 1694, à l'hôtel-Dieu de Paris, une épidémie très-violente qu'il avait appelée *fièvre putride*.

On trouve dans l'*Histoire de l'Académie des sciences* la relation d'une épidémie de l'Hôtel-Dieu, décrite en 1746 par Jussieu, Col. de Villars et Fontaine, caractérisée par tous les symptômes de la forme commune et par la présence d'une péritonite, avec suppuration de l'utérus et de ses annexes.

Ponteau décrit, dans ses *Mélanges de chirurgie*, une épidémie qu'il observa à Lyon en 1750; elle était caractérisée par une péritonite érysipélateuse et une inflammation de l'utérus.

En 1770, Leake compta à Londres 270 décès de femmes en couches. La lésion anatomique était une enflure érysipélateuse du tablier épiploïque et de la surface de l'intestin. L'utérus n'avait subi aucune altération. La maladie durait de sept à onze jours.

Nous ne pouvons passer sous silence l'épidémie que Van Swieten observa à Vienne en 1746. Nous citons le texte énergique de l'auteur :

« A ventris fluxu morbus incipiebat dolor ventris sequebatur ; tensum « erat abdomen caput dolebat et quandoque aderat febris : tertio vel « quarto die post partum puerperæ moriebantur. Februario mense « adeo periculosus erat morbus ut ex viginti vix una evaderet. In « cadaveribus inveniebatur coagulum lactis externæ intestinorum su- « perficiei adherens, et serum lacteum in abdominis cavo effusum. « Simile serum in quibusdam reperiebatur in pectori cavo, et dum « duo pulmones secabantur ernctabant similem lympham lacteam sed « putridam. Ventriculus intestina uterus rite examinata videbatur in- « flammationem passa fuisse et grumi sanguinis ex dissectis canalibus « uterinis exibant in multis etiam ovariorum suppuratio videbatur « adfuisse » (1).

Nous avons rarement le bonheur de trouver d'aussi belles descriptions d'épidémies. Nous ferons remarquer la multiplicité des affections : la phlébite utérine est très-clairement exposée.

L'épidémie observée en 1774 par Doulcet, à l'hôtel-Dieu de Paris, est restée célèbre à cause de l'heureux effet qu'aurait produit l'ipécacuanha sur un grand nombre de malades. Ce succès a fait donner le nom de *bilieuse* à cette épidémie; mais l'observation des faits ne donne aucune authenticité à cette conclusion de l'efficacité d'un médicament à la nature de la maladie. Les fièvres puerpérales de Doulcet avaient une péritonite pour affection dominante. Le début était brusque, violent; fièvre intense, langue blanche, vomissement, flux du ventre avec douleur; puis calme trompeur, auquel succède une sueur gluante, des selles liquides, du délire, et la mort le troisième ou le quatrième jour. Les lésions étaient celles de la péritonite; l'utérus était sain (2).

Cerri, cité par Ozanam (3), a observé, en 1787, à Arzago, en Lom-

(1) *Commentaria in Boerh. Aphor.*

(2) Doulcet, *Mémoire sur la maladie qui attaque en différents temps les femmes en couches de l'hôtel-Dieu de Paris.*

(3) *Histoire des épidémies.*

bardie, une épidémie qui attaqua toutes les femmes en couches sans exception. La maladie débutait comme à l'ordinaire; mais, ajoute-t-il, il se déclarait une fièvre quotidienne rémittente, si obstinée, qu'elle ne cédait à aucun remède. Les extrémités inférieures se tuméfiaient, la maladie devenait chronique, et une phthisie consomptive amenait la mort du troisième au quatrième mois.

L'épidémie de Londres, 1787, décrite par Clark, fut très-meurtrière, caractérisée par une prostration extrême, de la stupeur dès le début, et un froid glacial. Les femmes mouraient quelquefois en trente-six heures, la plupart en trois jours. Les lésions étaient très-peu multipliées et nullement en rapport avec la maladie.

En 1811, Gastellier a décrit avec soin le tableau d'une épidémie de la Maternité de Paris : sur 332 accouchées, 148 ont été malades; 36 sont mortes. La maladie affectait la forme commune avec grande multiplicité d'affections et une abondante éruption de pustules milliaires. Depuis cette époque, il a été beaucoup écrit sur la fièvre puerpérale; mais comme ces recherches étaient faites dans un tout autre but que celui de mettre en évidence le génie épidémique, nous ne pouvons nous en servir.

M. Tonnellé(1) donne des observations qui se rapprochent tout à fait de la forme foudroyante de Clark. M. Berryer-Fontaine, en 1832, a décrit une épidémie analogue sous le nom de *typhus puerpéral*.

Des faits semblables ont été recueillis sous le nom de *forme typhoïde*, par MM. Voillemier, en 1838, Lasserre, en 1841, et M. Alexis Moreau, en 1844. Dans une épidémie de ce dernier, la mort était extrêmement prématurée; elle survenait quelquefois en deux ou trois heures.

Cette longue énumération suffit pour faire apprécier les variétés multipliées que la fièvre puerpérale peut revêtir sous l'influence des constitutions épidémiques. Il n'est pas une des circonstances de la maladie qui ne puisse devenir le fait accidentel qui caractérise le génie

(1) *Archiv. gén. de méd.*, 1829.

d'une épidémie. Aussi serait-il impossible de donner une description de toutes les épidémies de fièvre puerpérale. Pour être complet, après l'exposition de nos trois formes, il fallait noter les manifestations rares et extraordinaires. Nous ne croyons pas que les auteurs qui ont groupé les faits sous la formule des formes que nous avons combattues, et surtout sous celle de la forme typhoïde, aient procédé d'après les règles véritables de la nosographie médicale.

## SÉMÉIOTIQUE.

*Signes relatifs au diagnostic.* — Quand peu d'heures ou peu de jours après l'accouchement, une femme est saisie d'un frisson violent qui dure longtemps, puis de fièvre très-vive, si le pouls est large et plein, la face vultueuse, la respiration courte et précipitée, si l'abdomen est tendu, si les lochies et la sécrétion du lait sont supprimées, si en même temps elle accuse des douleurs dans l'hypogastre, les flancs ou les aines, qui reviennent par tranchées, il est permis presque à coup sûr d'annoncer une fièvre puerpérale. Cependant, le début n'est pas toujours aussi caractéristique et le concours des symptômes aussi complet. Il est des fièvres puerpérales qui commencent sans frisson, par de la fièvre et des douleurs abdominales; dans ces cas-là au début, on peut avoir quelques doutes et confondre avec la fièvre puerpérale des affections bien moins graves qui peuvent aussi survenir à la suite des couches. Ces affections sont la *distension de l'utérus*, qui a peine à reprendre son volume normal. Il se passe des contractions irrégulières, par suite il y a des douleurs très-vives; les lochies sont supprimées; il y a de la fièvre, de la constipation, de la sécheresse de la langue. Les *fluxions ovariques* qui suivent l'accouchement sont extrêmement douloureuses : elles déterminent un gonflement notable de l'abdomen, des vomissements; la fièvre est vive, les lochies et la sécrétion du lait sont supprimées.

Il peut arriver qu'une *hémorrhagie* soit une cause occasionnelle

de fièvre puerpérale; mais il serait difficile de confondre le mouvement fébrile, accompagné de coliques qui succèdent à cet accident, avec une péritonite au début. La sensibilité de l'utérus qui caractérise l'inflammation, et les autres accidents, manquent complétement.

On attache, avec raison, beaucoup d'importance au frisson; mais il arrive souvent que le tremblement nerveux qu'éprouvent la plupart des femmes, immédiatement après la délivrance, est pris pour un frisson véritable, en sorte que si l'on ne tient compte de cette circonstance, les affections dont nous venons de parler seraient précédées de frisson, ce qui n'est pas exact.

Nous le répétons, ce n'est que tout à fait au début que l'on peut éprouver de l'embarras. La marche ultérieure de la maladie, la présence du mouvement fébrile rémittent si frappante, le gonflement du ventre, la chaleur intense, l'ictéritie, rendent les chances d'erreur de plus en plus difficiles. Cependant il est possible alors de prendre une fièvre typhoïde pour une fièvre puerpérale. Dans une salle d'accouchements de l'Hôtel-Dieu, où il y avait deux malades atteintes de fièvre puerpérale, une femme fut prise de fièvre typhoïde; pendant ses couches, l'appareil des symptômes fut assez spécieux pour permettre une erreur qui ne fut reconnue qu'à l'autopsie. Le redoublement fébrile du soir, propre à la fièvre typhoïde, était très-accusé, le ventre était demeuré ballonné et douloureux, les lochies étaient supprimées. A une époque plus avancée, la présence des affections disséminées, et les symptômes de colliquation et d'adynamie de la troisième période, nous paraissent rendre l'erreur impossible. C'est surtout avec la variété aiguë et rapide de la forme bénigne que les affections de l'utérus et des ovaires que nous signalons peuvent se confondre; mais le caractère du mouvement fébrile de la fièvre puerpérale doit diminuer la difficulté. Il faut noter aussi que les douleurs internes ne sont pas aussi vives que celles de la fluxion ovarique ou de la distension de l'utérus.

Nous avons déjà vu que toutes les phlegmasies purulentes qui suivent les couches ne sont pas symptomatiques de la fièvre puerpérale.

nous avons signalé des abcès de la fosse iliaque et d'autres régions qui se distinguentdes phlegmons diffus dè la troisième forme. Nous sommes ici obligé de faire une réserve encore plus grande ; il y a des pleurésies purulentes, des pneumonies purulentes, des méningites purulentes essentielles; ces cas sont rares, mais ils existent. Ne pourraient-ils pas se présenter à la suite des couches? comment les distinguer des phlegmasies symptomatiques de la troisième forme de la fièvre puerpérale ? jusqu'à présent c'est impossible.

*Signes relatifs au pronostic.* — La terminaison favorable ou défavorable de la fièvre puerpérale dépend, 1° de la forme qui se présente; 2° du siége des affections et de l'intensité des symptômes; 3° du génie épidémique.

La forme commune est toujours fort grave, il meurt en général plus de la moitié des malades; nous porterions le chiffre plus haut encore si nous ne voulions consulter que nos propres souvenirs.

La forme bénigne porte avec son nom son pronostic le plus habituel; mais il faut craindre, tant que la maladie n'est pas terminée, car il peut toujours arriver qu'une affection nouvelle frappe un organe important, ou qu'une de celles qui existent présente subitement un caractère d'intensité. Ces deux circonstances peuvent amener la mort de la malade.

La troisième forme est la plus grave de toutes; nous avons assez insisté sur la marche foudroyante de ces phlegmasies purulentes dont il est si difficile d'enrayer les progrès, pour n'avoir pas besoin d'y revenir.

La multiplicité des affections est toujours un signe fâcheux; celles qui attaquent les viscères sont plus graves que celles qui ont pour siége les membres ou les articulations.

La phlébite des sinus de la dure-mère, la méningite purulente, sont toujours mortelles.

La pneumonie suppurée ne laisse presque aucun espoir.

La pleurésie est bien moins grave.

La péritonite, toujours fort dangereuse, laisse quelque chances de

guérison, quand l'épanchement n'est pas encore entièrement converti en pus.

Les arthrites peuvent guérir fort bien et sans ankyloses.

Il est très-fâcheux de voir plusieurs paroxysmes fébriles en un seul jour.

La grande fréquence du pouls indique de la gravité, surtout si ce pouls est petit et faible.

Si le pouls est variable, il faut craindre.

La respiration courte et fréquente est un signe mauvais, qui coïncide ordinairement avec un pouls petit et fréquent.

L'ictéritie est un signe très-fâcheux.

Le génie épidémique a pour propriété de modifier la valeur habituelle des symptômes Ces modifications constituent l'aspect particulier de chaque épidémie. Or, il est impossible de les indiquer d'une manière générale ; ce doit être l'objet de l'étude des constitutions épidémiques.

## ÉTIOLOGIE.

Les *causes occasionnelles* qui peuvent favoriser le développement de la fièvre puerpérale sont bien connues : aussi ne doivent-elles pas nous arrêter longtemps.

Les grossesses pénibles n'ont pas d'influence ; les accouchements laborieux n'en ont pas beaucoup plus. Des accidents traumatiques, comme des ruptures de l'utérus, des gangrènes, suites de compression prolongée de la matrice ou du vagin, ne sont pas la fièvre puerpérale. Ils peuvent déterminer la manifestation de la maladie, mais seulement à titre d'occasions. Nous en dirons autant des rétentions de caillots et de débris de placentas putréfiés. Les hémorrhagies précèdent quelquefois la fièvre puerpérale ; l'avortement y prédispose aussi. J'ai vu une femme contracter la maladie et mourir après une fausse couche qui eut lieu au deuxième mois de la grossesse.

Les émotions morales ont une influence plus positive. La crainte de contracter la maladie est très-funeste, surtout pendant les épidémies.

Les femmes alors sont irascibles, susceptibles, troublées par les circonstances les plus innocentes.

Le froid, le défaut de soins hygiéniques, sont des causes importantes; mais aucune cause n'égale celle du rassemblement en grand nombre des nouvelles accouchées dans les mêmes salles : aussi les hôpitaux sont-ils presque le théâtre unique des épidémies meurtrières que nous avons à déplorer. Cependant, il y a des cas isolés où des épidémies ont eu pour théâtre des localités où les malades étaient complétement séparées les unes des autres.

La contagion, soutenue par quelques auteurs, n'est admise par personne aujourd'hui.

Aucune de ces causes n'a la capacité de produire à coup sûr la fièvre puerpérale; il y a bien des cas où il est impossible d'en invoquer une seule. Elles n'ont rien de constant, et n'ont d'autre propriété que de pouvoir par occasion déterminer le développement de la *prédisposition* qu'ont toutes les femmes en couches à contracter la fièvre puerpérale.

Quant aux nombreuses hypothèses émises sous le nom de *causes prochaines*, pour expliquer, suivant le langage convenu, la nature intime de la maladie, nous n'en dirons rien. Nous ne pouvons croire qu'un phénomène matériel, soit une lésion des solides, soit une altération du sang, fût-elle même primitive (s'il en existe), ait en soi la puissance de produire ou d'expliquer une maladie quelconque.

*Conclusion.*

Nous avons exposé avec détails l'histoire de la maladie des femmes en couches, désignée communément sous le nom de *fièvre puerpérale*, sans attacher à ce nom d'autre importance que celle d'être l'expression consacrée par l'usage. Il nous reste maintenant à résoudre toute une question, celle de savoir dans quel groupe nosologique nous placerons cette maladie. Dans le cours de notre travail, nous nous sommes surtout appliqué à montrer que la fièvre puerpérale est un état mor-

bide distinct de tous ceux qui peuvent atteindre les femmes en couches. Nous avons trouvé que cet état morbide était caractérisé par la présence d'un grand nombre de lésions disséminées dans tous les points du corps; ces lésions présentent un phénomène spécial: *c'est une tendance à la production d'un même produit morbide, le pus, dans tous les solides et les liquides coagulables de l'économie.* Mais il a existé de tout temps une maladie qui présente le même caractère; cette maladie a été nommée *diathèse purulente* par M. Tessier, qui en a donné il y a quelques années une description nette et tranchée. C'est la première fois qu'elle a été considérée comme espèce morbide distincte (1). Or, la fièvre puerpérale n'est autre chose que la diathèse purulente chez les femmes en couches, ce que nous allons essayer de mettre en évidence.

De toute antiquité, il a été reconnu qu'il pouvait survenir une maladie particulière à la suite des opérations ou comme complication de certaines plaies. M. le professeur Lordat, de Montpellier, dans son livre *De la Perpétuité en médecine*, a prouvé que cette maladie était si bien connue du temps de Galien, qu'elle avait un nom : le *blabé*. Elle ne fut cependant jamais formulée clairement; on en parlait à propos des accidents des plaies ou des opérations. De même, la maladie que nous avons décrite sous le nom de *fièvre puerpérale* a été reconnue dès les premiers temps de la médecine. Tour à tour admise ou rejetée comme maladie distincte, passant successivement dans tous les groupes nosologiques, ainsi que la diathèse purulente, après avoir subi une multitude d'explications et de théories, la science n'était pas plus fixée sur l'une que sur l'autre maladie. La solution définitive devait cependant arriver à la suite de travaux d'anatomie pathologique, lesquels, comme il arrive souvent en pareil cas, avaient été conçus dans un tout autre but. Les études de Hunter et de M. Cruveilhier sur la phlébite, mais surtout les travaux de Dance sur la

---

(1) Journal *l'Expérience*, 1838.

phlébite utérine (1), mirent en lumière pour la première fois les connexions intimes qui existent entre la fièvre puerpérale et la maladie des opérés. L'union des deux maladies ne fut pas immédiatement déclarée, parce que Dance se plaça au point de vue étroit de la phlébite. La phlébite est une lésion commune à un certain nombre de cas de la maladie des opérés et à un nombre plus restreint encore de fièvres puerpérales. L'explication (fondée, suivant nous, sur une fausse interprétation des phénomènes de la phlébite), quand elle eût été vraie, n'eût rendu compte que de quelques faits. Néanmoins il résulta de ces travaux, et de ceux entrepris dans un but semblable sur les vaisseaux lymphatiques par MM. Duplay, Velpeau, Cruveilhier, etc., que ces deux maladies avaient des lésions communes, des symptômes communs. Un parallèle de quelques instants va nous permettre de mettre encore plus en évidence l'identité des deux états morbides.

La comparaison de la surface utérine après l'accouchement avec celle du moignon d'un amputé ou d'une plaie quelconque a été faite souvent. Le rapprochement sera encore plus complet s'il y a rupture de l'utérus, ou une hémorrhagie, ou la rétention d'un placenta et de caillots en putréfaction. Quelques chirurgiens ont eu l'occasion d'observer la diathèse purulente à la suite d'opérations pratiquées sur l'utérus en l'absence de toute circonstance puerpérale, après la ligature de polypes par exemple. M. Ph. Boyer, qui a été témoin de cas semblables, a vu que ces femmes avaient présenté le tableau symptomatique le plus fréquent de la fièvre puerpérale, c'est-à-dire la péritonite et les lésions qui l'accompagnent d'ordinaire, et non pas le groupe de symptômes de la diathèse qui se produit plus spécialement après les plaies.

L'accouchement et les opérations déterminent dans l'organisme une modification que l'on nomme *état traumatique*. Ce sont des phénomènes nerveux caractérisés par un trouble de diverses fonctions,

---

(1) *Archiv. gén. de méd.*, 1828.

des tremblements, des frissons, du délire passager, des spasmes, de la stupeur.

Il est vulgaire que les émotions morales vives sont dans les deux cas des circonstances fâcheuses.

Enfin, l'entassement des malades en trop grand nombre dans les mêmes salles est aussi funeste aux opérés qu'aux accouchées; il n'est pas besoin d'insister.

Nous savons bien que ces circonstances ne sont que des occasions de développement; elles n'ont aucune influence décisive sur la production de la diathèse purulente, puisque en définitive tous les opérés et toutes les femmes en couches sont soumis à la plupart de ces causes sans pour cela contracter la maladie, et que, comme nous le verrons tout à l'heure, la diathèse purulente peut se produire en l'absence de toute cause extérieure appréciable.

Nous avons vu combien souvent la fièvre puerpérale procède par épidémies; c'est encore un trait propre à la diathèse purulente des opérés. Il s'est vu des temps où dans un service d'hôpital il n'était pas possible de faire l'opération la plus légère, une saignée par exemple, sans déterminer l'apparition de la maladie. M. Botrel, se plaçant au point de vue de l'inflammation des vaisseaux lymphatiques, a fait un rapprochement intéressant tout à fait favorable à notre manière de voir: étudiant des épidémies de fièvre puerpérale à l'hôpital de Rennes, en 1842 et 1844, caractérisées par des altérations du système lymphatique, des abcès métastatiques dans les principaux viscères, des péritonites et d'autres lésions disséminées, il observait en même temps une épidémie de diathèses purulentes sur d'autres malades que les femmes en couches, caractérisées aussi par des angioleucites. Ainsi (nous citons l'auteur), c'est un jeune homme qui est opéré d'un phimosis et qui meurt d'une angioleucite suppurée, après avoir présenté des symptômes typhoïdes; ce sont des femmes chez lesquelles on ouvre des abcès au sein et qui succombent rapidement à la même affection; ce sont d'autres malades qui sont pris d'angioleucite à la suite d'une saignée de précaution ou qui a été faite pour combattre une maladie franchement inflamma-

toire, etc. (1). Les causes occasionnelles sont les mêmes; quant aux symptômes, l'identité est encore plus complète. Le mouvement fébrile rémittent avec frissons intenses, l'ictéricie, le délire, l'apparition successive des mêmes lésions disséminées, enfin la période de colliquation, sont des phénomènes communs aux deux maladies.

Chez les opérés qui contractent la diathèse purulente, les plaies prennent quelquefois un mauvais aspect; elles deviennent grisâtres; la suppuration cesse; de même chez les accouchées, les lochies sont supprimées, ou il ne s'écoule plus que quelques gouttes d'un liquide sanieux et fétide.

Les formes que nous avons établies se retrouvent les mêmes dans les deux cas.

Il n'y a donc pas de différence quant à l'ensemble des symptômes. La prédominance d'une affection, une circonstance particulière, comme l'accouchement ou la présence d'une plaie, modifieront l'aspect du malade, mais seulement dans des détails accessoires. Nous ferons des remarques analogues pour les lésions : outre qu'elles sont les mêmes, elles présentent toutes ce caractère commun, *une tendance à la formation du pus dans tous les points du corps :* un rapprochement plus prolongé nous semble superflu. Ce sont les altérations anatomiques qui ont servi de point de départ pour établir la synthèse que nous défendons. Le génie épidémique paraît avoir plus de prise sur les femmes en couches que sur les opérés : c'est encore une circonstance secondaire.

La fièvre puerpérale n'est donc pas une espèce morbide distincte; elle n'est que la manifestation chez les femmes en couches de la *diathèse purulente,* maladie caractérisée par une tendance à la formation d'un produit identique, le *pus,* dans tous les solides et les liquides coagulables de l'économie avec ou sans inflammation; de même que

---

(1) Botrel, *Mémoire sur l'angioleucite puerpérale* (*Arch. gén. de méd.*, 1845).

la diathèse cancéreuse, la diathèse tuberculeuse, le scorbut, sont des maladies caractérisées par la tendance à la formation de produits morbides identiques dans tous les points du corps, qui sont, le cancer, le tubercule et des hémorrhagies.

La diathèse purulente se manifeste à la suite des plaies, des opérations les plus graves, comme les plus légères, à la suite de l'accouchement; mais, en outre, elle peut se produire sans plaie, sans piqûre, avec les mêmes symptômes, les mêmes affections disséminées, la même altération du sang.

Ces cas, méconnus dans la science, étaient pris jusqu'à présent par les auteurs pour des phlegmasies, des abcès multiples, des fièvres typhoïdes, ou désignés sous les noms vagues de *fièvres graves*, d'*altérations profondes des liquides*. M. Tessier, dans son mémoire, a cité plusieurs observations de diathèse purulente spontanée; M. Milcent en a publié deux (1). En voici deux autres que j'ai recueillies pendant mon séjour dans les hôpitaux.

### Ve OBSERVATION.

#### Diathèse purulente spontanée.

Le 13 janvier 1844, on apporte à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Landry, n° 25, une femme âgée de vingt-quatre ans. Elle est couturière : il n'y a que huit mois qu'elle habite Paris; elle affirme avoir toujours eu une santé parfaite et n'avoir eu à souffrir aucune privation. Vers la fin de novembre, elle aurait été atteinte d'une pleurésie peu grave. Elle reçut les soins convenables et semblait entièrement guérie, quand vers le commencement de janvier, elle fut prise de fièvre avec paroxysmes quotidiens. Ces paroxysmes quotidiens présentaient tous les

---

(1) *Remarques et observations sur la diathèse purulente* (*Journal de chirurgie*; Paris, 1845).

stades d'un accès de fièvre intermittente, mais la malade avait toujours de la fièvre; elle ne se trouvait jamais assez bien pour se lever, et elle perdit complétement ses forces. On donna le sulfate de quinine qui ne produisit aucun effet.

Nous trouvons la malade fort amaigrie; elle a une dyspnée assez grande, la parole est entrecoupée; elle accuse un point pleurétique à la base du poumon droit; matité très légère; la respiration s'entend, mais elle est un peu faible. La malade se plaint en outre de douleurs à l'épaule gauche, au poignet et dans toute l'étendue de l'avant-bras droit et au genou du même côté. Ces douleurs sont provoquées par la pression et le mouvement : il n'y a ni rougeur ni tuméfaction. Le paroxysme habituel a eu lieu dans la matinée : on compte encore 100 pulsations médiocrement développées ; la langue est rouge, peu humide; la soif est extrême.

Le 14. Insomnie pendant la nuit; les douleurs présentent le même caractère ainsi que les symptômes pleurétiques; paroxysme très-tranché dans la matinée.

Le 15. Rougeur et gonflement sur le trajet des tendons fléchisseurs de l'avant-bras droit; au genou, gonflement sans rougeur; le mouvement fébrile a toujours le type rémittent; le sulfate de quinine ne le modifie en rien; insomnie, anxiété, dyspnée.

Le 17. Le point pleurétique et la dyspnée ont disparu; l'avant-bras et le genou sont toujours de même; le paroxysme est bien moins tranché le matin et le soir; on compte de 110 à 130 pulsations médiocrement développées; la langue et les dents sont sèches, un peu fuligineuses ; dévoiement.

Le 18. Il y a eu du délire pendant la nuit. La face présente de la stupeur, les cornées sont ternes, cependant l'intelligence est lucide.

Le 20. Le paroxysme n'a plus lieu, le pouls est petit, misérable, et cependant fréquent: 130 à 140 pulsations. Peau sèche avec transpirations partielles.

Le 22. La face est pâle, blafarde, terreuse, très-amaigrie; dé-

voiement continuel. Il y a de la fluctuation au genou et à l'avant-bras, qui supportent d'ailleurs la pression sans douleurs.

La malade s'affaiblit chaque jour, les symptômes ne font que s'aggraver sans changer de caráctère; le pouls, toujours très-fréquent, devient presque imperceptible. L'intelligence reste saine jusqu'au dernier moment. Elle meurt le 26 janvier.

*Autopsie trente-six heures après la mort.* — La peau qui recouvre la région antérieure de l'avant-bras droit est d'un rouge livide; après l'incision des téguments on trouve une vaste collection purulente qui s'étend depuis le poignet au pli du bras; toutes les gaînes tendineuses sont remplies de pus ainsi que les interstices des muscles. Le tissu musculaire est en partie transformé en pus. L'articulation du poignet est pleine de pus ainsi que le genou malade. Ce pus est blanc, peu fétide. La synoviale a perdu son poli, elle ne présente pas de rougeur. La suppuration s'étend en dehors de la synoviale dans l'épaisseur de la cuisse jusque vers le trochanter. La plèvre gauche offre les traces d'une pleurésie ancienne peu étendue, caractérisée par une fausse membrane qui déterminait l'adhérence des deux plèvres dans le tiers inférieur du poumon. Le tissu pulmonaire est d'ailleurs parfaitement sain. Le foie était complétement exsangue et gras comme celui d'un phthisique.

### VI° OBSERVATION.

Diathèse purulente spontanée.

Le 16 septembre 1845, on apporte à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Côme, n° 27, le nommé ***, âgé de dix-sept ans, pâtissier. Ce malade est entré depuis deux jours à l'Hôtel-Dieu. Il a d'abord été placé dans une salle de médecine. Le chef de service l'a fait passer en chirurgie, parce qu'il avait un panaris, et suivant lui les symptômes d'une coxalgie au début.

Le malade est maigre, chétif, et dit n'avoir jamais éprouvé de maladie grave. Il habite Paris depuis trois ans. Le 17 septembre, le matin, il a de la fièvre, 90 pulsations par minutes; le pouls est plein, régulier, sans dureté; la peau est chaude, sans moiteur. La nuit a été très-agitée; il a eu du délire; il reste un peu de stupeur. Il se plaint surtout d'une vive douleur dans l'aine gauche, qui se prolonge en avant et latéralement le long de la cuisse en arrière du côté de la fosse iliaque externe. La partie est médiocrement tuméfiée; il y a de l'empâtement, pas de rougeur; la douleur est sourde, profonde; la pression ne s'augmente pas d'une manière appréciable. Les mouvements de l'articulation ne nous paraissent pas compromis. Le ventre est un peu tendu, non douloureux à la pression; il y a un peu de diarrhée; la respiration est pénible, la langue sèche ainsi que les dents; les narines sont pulvérulentes, les yeux sont inquiets, la soif est vive. Au doigt indicateur gauche il y a un panaris très-avancé; la phalange unguéale est dénudée; la peau est décollée. Il découle de la plaie une suppuration sanieuse, peu abondante. Le malade ne reconnaît aucune cause traumatique à ce panaris, qui, suivant lui, aurait commencé depuis plus de quinze jours. Il n'y a que huit jours que le mouvement fébrile a débuté; à la même époque, la douleur de l'aine s'est fait sentir pour la première fois. Des frissons ont marqué le début de la fièvre. (Sangsues, cataplasmes dans l'aine gauche.)

Le 18. La veille, au soir, le malade a éprouvé un paroxysme fébrile. Il ne paraît pas avoir été précédé de frissons; le pouls s'élevait alors à 130 pulsations. La figure était très-animée et la peau brûlante. Délire pendant la nuit. Le matin, même tableau que la veille. Le ventre est moins tendu. On perçoit du gargouillement dans les fosses iliaques. La langue est sèche, les dents sont noires, fuligineuses. Le soir, même paroxysme.

Le 20. Même état, même caractère du mouvement fébrile. La faiblesse est moins grande; le malade a uriné seul.

Le 21. Une teinte ictérique olivâtre, déjà un peu visible la veille, se manifeste sur tout le corps.

Le 22. L'empâtement de l'aine augmente, l'état général est aggravé. Dyspnée. Douleur dans les flancs et à l'épigastre. Il y a eu deux paroxysmes dans le même jour, l'un vers trois heures après midi, l'autre le soir, tous deux précédés de frissons.

Le 25. Mêmes symptômes. Chaque jour il y a un ou deux redoublements fébriles avec ou sans frissons. Fluctuation dans l'aine, dyspnée extrême, sensation d'une barre qui traverserait d'un hypochondre à l'autre.

Le 26. On ouvre l'abcès de l'aine. Il s'écoule une grande quantité de pus fétide verdâtre, mêlé d'un peu de sang. L'os iliaque en dehors est dénudé de son périoste. Le soir, deux paroxysmes.

Le 27. Faiblesse extrême, sueur visqueuse, sudaminas sur le tronc et l'abdomen.

Le 29. Le mouvement fébrile a repris la régularité du début. Le matin, 80 à 90 puls. faibles. Le pouls se relève un peu pendant le paroxysme. La nuit, il y a toujours un peu de délire.

2 octobre. Même caractère du mouvement fébrile, faiblesse extrême; cependant le malade se croit mieux, il veut se lever. Gonflement sur la face dorsale de la main droite très-douloureux.

Le 4. Faiblesse extrême, sueurs colliquatives; le gonflement de la main a augmenté; diarrhée; subdelirium continuel; pouls très-fréquent et très-faible; eschare au sacrum. Il meurt le 6 octobre.

*Autopsie trente-six heures après la mort.* — Le foyer purulent est ouvert; il s'étend, en disséquant les muscles, depuis l'extrémité inférieure du muscle fascia lata, dans deux directions, d'abord en arrière, et en dehors, dans la fosse iliaque externe, au-dessous des muscles fessiers : l'os iliaque est privé de son périoste dans toute son étendue. La collection purulente pénétrant dans la gaîne du muscle psoas, s'étend aussi en avant, en passant sur la crête pectinéale dans toute l'étendue de la fosse iliaque interne où l'os est aussi dépouillé de son périoste. Les muscles disséqués présentent un aspect noirâtre et sanieux. L'abcès de la main est ouvert : il s'en écoule un mélange de pus et de sang.

Le troisième métacarpien était dénudé dans toute son étendue. La dernière phalange de l'index gauche est nécrosée, la peau du reste du doigt est décollée. Tous les autres organes sont parfaitement sains. A la base des deux poumons il y avait un engorgement hypostatique très-prononcé.

Nous l'avons déjà vu, Dance, le premier, sur le terrain restreint de la phlébite, avait montré les points de contact de la fièvre puerpérale et de la maladie des opérés. M. Tessier, en constituant la diathèse purulente comme maladie essentielle, accomplit la réunion des deux maladies, en plaçant l'accouchement au nombre des causes occasionnelles de la diathèse purulente. Pour nous, acceptant cette conclusion, nous avons essayé de la démontrer par l'examen détaillé de la fièvre puerpérale. Cette proposition avait été émise par son auteur presque dogmatiquement dans une vue d'ensemble; elle demeure encore contestée et soumise à toutes les éventualités de la controverse. Il nous a paru que le meilleur moyen d'en manifester la vérité était de la mettre en contact avec tous les faits particuliers de la maladie.

## TRAITEMENT.

Nous ne parlerons pas longuement du traitement de la fièvre puerpérale. Nous n'avons rien à révéler de nouveau sur ce point de la question. Nous avons garde de vouloir reproduire la liste énorme des médications proposées contre cette terrible maladie. Ce grand nombre prouve surtout une chose, c'est que ce traitement n'est pas encore formulé; si nous voulions parler de ce que nous avons vu nous-même, nous n'aurions à louer l'efficacité d'aucune méthode. Il faut reconnaître qu'il y a une difficulté réelle relativement à la diathèse purulente puerpérale, c'est l'intervention si fréquente du génie épidémique qui, en modifiant sans cesse l'aspect de la maladie et son

pronostic, modifie par conséquent aussi les indications thérapeutiques et l'aptitude des individus à recevoir l'influence des médications. Cette influence du génie épidémique peut seule expliquer ces séries de succès que nous ne pouvons plus reproduire aujourd'hui avec les mêmes agents.

---

# QUESTIONS

SUR

## LES DIVERSES BRANCHES DES SCIENCES MÉDICALES.

*Physique.* — Du mouvement réel des fluides dans les vaisseaux, des circonstances qui le modifient et des signes qui l'indiquent.

*Chimie.* — Des caractères distinctifs des sels d'antimoine.

*Pharmacie.* — De l'emploi pharmaceutique des plantes qui appartiennent à la famille des crucifères.

*Histoire naturelle.* — Des caractères de la famille des fougères; comparaison de la structure de la tige avec celle des monocotylédones; indication des médicaments fournis par cette famille.

*Anatomie.* — Des rameaux fournis par le nef facial pendant son trajet dans l'os temporal.

*Physiologie.* — De la composition chimique du sang.

*Pathologie externe.* — Des causes des déplacements dans les fractures.

*Pathologie interne.* — De l'apoplexie pulmonaire (hémorrhagie).

*Anatomie pathologique.* — De l'apoplexie cérébrale.

*Accouchements.* — De l'hémorrhagie utérine après l'accouchement.

*Thérapeutique.* — Des préparations de fer employées en médecine dans les temps anciens et de nos jours.

*Médecine opératoire.* — De la méthode de Brasdor dans le traitement des anévrysmes.

*Médecine légale.* — Des caractères cadavériques de la mort par la foudre.

*Hygiène.* — De l'influence qu'exercent sur la santé les divers modes de chauffage.